1884-1885 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 6

DE L'EXTRACTION

DE LA CATARACTE

à la Clinique ophthalmologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 DÉCEMBRE 1884

PAR

Louis CHAUVET

Né à Champagnolles (Charente-Inférieure), le 21 Mars 1861.

Examinateurs de la Thèse : MM. BADAL, *président.*
DUPUY, *professeur.*
DEMONS, *agrégé.*
LANDE, *agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1884

1884-1885 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 6

DE L'EXTRACTION

DE LA CATARACTE

à la Clinique ophthalmologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 DÉCEMBRE 1884

PAR

Louis CHAUVET

Né à Champagnolles (Charente-Inférieure), le 21 Mars 1861.

Examinateurs de la Thèse :

MM. BADAL, *président.*
DUPUY, *professeur.*
DEMONS, *agrégé.*
LANDE, *agrégé.*

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD.
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		BLAREZ,
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		DE FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS
Clinique médicale		PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique		BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN,	MM. DUDON,	MM. CARLES,
RONDOT,	DEMONS,	PÉRIER,
LANDE,	PIÉCHAUD,	N.,
ARTIGALAS,	LAGRANGE,	BERGONIÉ,
BOURSIER,	PLANTEAU,	
LEFOUR,	N.,	

MAITRES DE CONFÉRENCES

Physique	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES.	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM.	NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants		BITOT.
Maladies vénériennes		VENOT.
Maladies mentales		TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS

A MON ONCLE ET A MA TANTE Ch. CHAUVET

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MON GRAND'ONCLE LE Dr GABORIT

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. le professeur BADAL

A M. le Dr A. DEMONS

Témoignage de reconnaissance.

A MES MAITRES

INTRODUCTION

Le sujet que nous nous proposons de traiter dans ce travail nous a été inspiré par les nombreux succès obtenus par M. le professeur Badal dans l'opération de la cataracte, telle qu'il la pratique à la clinique ophthalmologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Pendant les quelques mois, en effet, qu'il nous a été donné de suivre ce service, nous avons pu constater que la guérison était la règle.

Notre intention n'est pas de faire ici un exposé complet des nombreuses méthodes ou procédés opératoires en usage pour l'extraction de la cataracte, ni de discuter la valeur comparative de ces différents modes de traitement. Notre but est beaucoup plus modeste; nous nous contenterons d'exposer sommairement et aussi fidèlement que possible ce que nous avons vu.

Nous diviserons notre sujet en cinq chapitres que nous traiterons dans l'ordre suivant :

CHAPITRE I[er]. — L'extraction de la cataracte, telle qu'elle se pratique à la clinique ophthalmologique de l'hôpital St-André.

CHAPITRE II. — Accidents opératoires.

CHAPITRE III. — Accidents consécutifs.

CHAPITRE IV. — Complications. Causes des insuccès.

CHAPITRE V. — Statistique des deux cents premières opérations de cataracte pratiquées à la clinique de l'hôpital Saint-André.

Qu'il nous soit permis, avant d'aller plus loin, de remercier sincèrement M. le professeur Badal d'avoir bien voulu nous tracer le plan de ce travail, et mettre à notre disposition les documents dont nous nous sommes servi.

Nous remercions aussi nos excellents amis, MM. A. Chevalier, ancien interne du service d'ophthalmologie, et le docteur A. Puech, qui nous ont été d'un grand secours dans les recherches qu'il nous a fallu faire.

CHAPITRE I^er^

L'extraction de la cataracte à la clinique ophthalmologique de l'hôpital St-André.

Avant de pratiquer cette opération, il est une chose essentielle de laquelle doit s'assurer le chirurgien : c'est du parfait fonctionnement de l'iris. Pour cela, il est nécessaire de dilater la pupille au moyen de l'installation de quelques gouttes d'un collyre au sulfate d'atropine (5 centigr. pour 10 gr. d'eau).

Cette précaution, qu'on aura eu soin de prendre un ou deux jours avant celui fixé pour l'extraction, devra être répétée le matin même de l'opération ; il est, en effet, très utile de dilater la pupille autant que faire se peut, afin de ne pas être gêné par l'iris lorsqu'il s'agit de pratiquer la discision de la capsule cristallinienne.

Les soins préliminaires qu'on avait autrefois l'habitude de recommander, tels qu'un purgatif pris la veille de l'opération, la diète, etc., ont été reconnus parfaitement inutiles.

Les instruments qui doivent être préparés et mis à la portée du chirurgien sont les suivants :

1° Un écarteur des paupières à ressort, ou blépharostat. M. Badal se sert habituellement de celui de Noyes, dit *à angle interne*, c'est-à-dire le ressort étant placé du côté du nez.

2° Une pince à fixer, à ressort, de Graëfe, destinée à maintenir l'œil immobile pendant la première partie de l'opération, et dans la position la plus convenable.

3° Un couteau à cataracte de Graëfe effilé, et le plus étroit possible.

4° et 5° Une pince droite à griffes, petit modèle, destinée à saisir l'iris lorsqu'il s'agira de pratiquer l'iridectomie; et une pince courbe pour le cas où l'iris ne viendrait pas s'engager dans la plaie après la section de la cornée, et où il faudrait aller le saisir dans la chambre antérieure.

6° Des pinces-ciseaux de Wecker.

7° Une curette de Graëfe, en caoutchouc durci.

8° Une pelle-curette en écaille.

9° Une pince à nettoyer.

10° et 11° Un crochet mousse flexible, à extraction, en cas de besoin; une petite spatule en écaille.

Ces instruments étant préparés, et rangés dans l'ordre qui vient d'être décrit, afin que le chirurgien puisse les retrouver aisément, le malade est couché sur un lit mécanique très bas, la tête fixée entre deux coussins pouvant être rapprochés l'un de l'autre à l'aide d'une vis.

S'il s'agit de pratiquer l'opération sur l'œil droit, le chirurgien, étant donné qu'il se sert habituellement de la main droite, se tient assis sur un tabouret élevé placé directement derrière le patient; lorsque c'est l'œil gauche que l'on doit opérer, il faut se placer à la droite du malade (1).

L'aide, assis près du malade, se tient du côté opposé à l'œil opéré.

M. le professeur Badal a pour habitude de tailler un lambeau supérieur, à moins cependant qu'il n'y ait indication formelle de pratiquer l'extraction par la partie inférieure de la cornée, par suite de leucomes occupant la partie supé-

(1) M. Badal se servant indifféremment des deux mains pour toutes les opérations de chirurgie oculaire, opère l'œil droit avec la main droite et l'œil gauche de la main gauche, ce qui lui permet de se placer constamment derrière la tête du patient, et de terminer l'opération sans avoir à se déplacer.

rieure, de saillie exagérée du rebord orbitaire supérieur, etc.

Tout ayant été préparé, ainsi qu'il vient d'être dit, l'opération peut se diviser en dix temps :

1er Temps. Mise en place du blépharostat. — Pour cela, attirer en haut la paupière supérieure, glisser au-dessous la branche correspondante de l'instrument, rapprocher ensuite les deux branches l'une de l'autre et introduire la branche restée libre sous la paupière inférieure. On régularise ensuite l'écartement, s'il y a lieu, au moyen de la vis de rappel.

2e Temps. Fixation du globe à l'aide de la pince à ressort. — On saisit fortement à l'aide de cet instrument la conjonctive oculaire et le tissu épiscléral sous-jacent immédiatement au-dessous du diamètre vertical de la cornée, et on fait exécuter à l'œil un mouvement de rotation en bas, de manière à mettre bien à découvert la portion supérieure de la cornée.

3e Temps. Section du lambeau. — L'œil étant bien immobilisé, le chirurgien pratique la section de la manière suivante :

La pince à fixer étant tenue de la main gauche, avec la main droite armée du couteau de Graëfe, il ponctionne de dehors en dedans les enveloppes de l'œil à deux millimètres au-dessus du diamètre horizontal de la cornée, et à un demi-millimètre en arrière du limbe. Il faut avoir soin, une fois la ponction faite, de diriger la pointe du couteau vers le centre de la pupille, de manière à obtenir vers la face profonde de la cornée une plaie aussi étendue que possible; puis, faisant exécuter un mouvement de bascule à l'instrument, on le ramène dans une direction horizontale, et on pratique la contre-ponction dans un point diamétralement opposé au point de ponction (1). Dirigeant alors le tranchant

---

(1) La distance entre les points de ponction et de contre-ponction *dans la chambre antérieure* se trouve être, par ce moyen, de 9 millimètres, suffisante par conséquent pour livrer passage aux cataractes les plus volumineuses (Badal. Leçons sur l'extraction de la cataracte. Paris, 1884. H. Delahaye, éditeur).

en haut et légèrement en avant, on pratique une section qui va se terminer un peu au-dessous du sommet de la cornée, afin d'éviter la formation d'un lambeau conjonctival. Le malade ne doit faire aucun effort, ne pas serrer les dents et s'abstenir de toute contraction des paupières.

Il se peut que la sortie brusque de l'humeur aqueuse, s'étant produite aussitôt la ponction, il en résulte le rapprochement subit de la face antérieure du cristallin et de la face postérieure de la cornée; dans ce cas, il faut, pour aller pratiquer la contre-ponction, contourner avec précaution la face convexe de la lentille cristallinienne, en prenant soin de ne pas blesser l'iris et de ne pas entamer la cristalloïde. D'un autre côté, il faut aussi, pendant cette manœuvre, éviter d'exercer une pression trop forte à la surface du cristallin, ce qui pourrait déterminer sa luxation et rendre l'extraction difficile.

4^e^ Temps. — Lorsque la section du lambeau a été ainsi faite, l'opérateur passe sa pince à fixation aux mains de l'aide, qui, prenant un point d'appui sur la face du patient, doit s'efforcer de n'exercer aucune pression sur le globe oculaire, et se tenir prêt à retirer la pince dans le cas où cela deviendrait nécessaire, par exemple, si le corps vitré venait à s'échapper en abondance, etc. Pour cela, il est indispensable d'avoir le pouce placé sur le ressort de la pince, de manière à pouvoir lâcher prise instantanément.

5^e^ Temps. — Les choses en étant là, le chirurgien, si l'iris est venu s'engager dans la plaie, ce qui est le cas le plus fréquent, saisit cette membrane par sa partie moyenne à l'aide de la petite pince droite, et l'attire légèrement au dehors avant d'en pratiquer l'excision, qui doit être faite avec un soin extrême, si l'on veut prévenir tout enclavement ultérieur.

Pour cela, l'iridectomie sera pratiquée en deux temps, c'est-

à-dire en deux coups de ciseaux, donnés aux deux angles de la plaie, et en déprimant assez fortement le tissu scléro-cornéen. La section faite, il suffit de quelques frictions légères, exercées à la surface de la cornée, pour que l'iris se remette en place, et la nouvelle pupille avec son coloboma prend assez exactement la forme d'un trou de serrure.

6e Temps. — L'iridectomie étant terminée, l'aide retire très doucement la pince à ressort, sans exercer la moindre pression sur l'œil.

7e Temps. — M. le professeur Badal recommande de toujours retirer le blépharostat à ce moment. Pour cela, rapprochant l'une de l'autre les branches de l'instrument, en même temps qu'on soulève les paupières, on dégage d'abord la branche inférieure, puis la supérieure. Il est bon alors de laisser quelques secondes de repos au patient, en lui fermant doucement les paupières, puis à l'aide d'une éponge très fine imbibée d'eau tiède, de débarrasser l'œil du liquide sanguinolent qui le souille.

8e Temps. Kystitomie. — Ce temps est destiné à déchirer la membrane cristalloïde antérieure. On recommande au patient de porter l'œil fortement en bas, et l'opérateur, en même temps qu'il relève la paupière supérieure afin de bien mettre la plaie à découvert, maintient le globe en place à l'aide d'une pression modérée du doigt indicateur.

Tenant alors le kystitome de la main droite, il passe la flamme de l'instrument à plat, au-dessous du lambeau, en suivant exactement la face postérieure de la cornée jusqu'à l'extrémité inférieure de la pupille ; puis, par un léger mouvement de rotation imprimé à l'instrument, il porte la pointe du crochet sur la cristalloïde antérieure qu'il déchire, en allant de bas en haut et de dedans en dehors, tout en s'efforçant de ne pas pénétrer dans la substance de la lentille, ce qui pourrait amener sa luxation.

Arrivé à la partie supérieure de la plaie, le chirurgien place une seconde fois le kystitome à plat, le reporte à la partie inférieure de la pupille, et de la même manière que précédemment, pratique une seconde discision, formant avec la première un V ouvert en haut. Avant de retirer le kystitome, le crochet doit encore être remis à plat pour ne pas accrocher les lèvres de la plaie.

A la suite de cette manœuvre, le cristallin devient libre ; il se peut même qu'il se présente à l'ouverture de la plaie cornéenne avant que cette double discision ait été terminée ; dans ce cas, il faut se hâter de retirer le kystitome, et on recommande au malade de fermer les paupières pendant quelques instants.

9e Temps. — L'aide écartant les paupières, il faut maintenant, au moyen de la pelle en écaille tenue de la main droite, déprimer légèrement la lèvre supérieure de la plaie, afin de refouler en arrière le corps ciliaire, et, avec la curette de Graëfe tenue de la main gauche, presser légèrement et d'une façon continue, à la surface de la cornée, de bas en haut, de manière à faire progresser le cristallin vers la plaie.

Il ne faut pas craindre d'engager la pelle dans la plaie, en cherchant même, si l'extraction est laborieuse, à passer derrière la lentille, afin de ne pas la laisser s'engager du côté des procès ciliaires. De petits mouvements de latéralité exécutés avec l'instrument, d'un angle à l'autre de la plaie, et combinés avec la pression de la curette sur la cornée, aident d'une manière efficace au dégagement des cataractes volumineuses.

Dès que le cristallin se trouve dégagé jusqu'au niveau de son diamètre transversal, il suffit de presser légèrement sur la cornée pour l'expulser complètement. Une partie des masses corticales suit, en général, l'issue du noyau.

10e Temps. — Ce dernier temps consiste dans le net-

toyage de la plaie. Pour faire cela, on doit exercer de bas en haut de lègères pressions sur la cornée, afin de faire progresser les masses corticales et les débris restés dans la chambre antérieure. En pratiquant cette manœuvre, l'humeur aqueuse, qui a eu le temps de se reformer en partie, délaie et entraîne avec elle ce qui reste de la cataracte.

Ce temps de l'opération est d'une importance extrême, car il suffirait d'une parcelle de substance cristallinienne, d'un lambeau de cristalloïde ou d'un petit caillot sanguin interposé entre les lèvres de la plaie pour empêcher leur exacte coaptation, et la réunion immédiate qu'on doit toujours s'efforcer d'obtenir. On devra donc extraire les moindres débris avec le plus grand soin et ne pas appliquer le pansement sans avoir, à l'aide de la petite spatule en écaille passée entre les lèvres de la plaie, bien nettoyé la surface de section, procédé, en un mot, à la toilette de la plaie. Toutefois il faut bien prendre garde de ne pas engager la spatule trop profondément ; un mouvement brusque du malade, avant que le chirurgien ait eu le temps de retirer l'instrument, pourrait entraîner de graves accidents : blessure de l'iris ou du corps ciliaire, prolapsus du corps vitré, etc.

Après avoir, ainsi qu'il vient d'être dit, nettoyé aussi bien que possible la plaie proprement dite, on enlèvera avec la pince à nettoyer les caillots sanguins et les filaments de fibrine qui pourraient se trouver à la surface du globe ou dans les culs-de-sac, et l'on instillera une goutte de collyre d'atropine.

Avant de terminer, l'opérateur doit chercher à constater si la vue a été rendue au patient. Pour cela, interposant une main entre la lumière extérieure et l'œil opéré, afin d'éviter l'accès d'une trop vive clarté, on fait compter les doigts au malade, en plaçant la main à une distance de vingt à trente centimètres. Cette épreuve qui donne le plus souvent un bon résultat a pour effet de relever le moral de

l'opéré. On devra s'en abstenir si l'on a quelque raison de supposer que la vision laisse encore beaucoup à désirer, si, par exemple, un épanchement de sang qui n'a pu être évacué masque le champ pupillaire.

PANSEMENT

La question du pansement est excessivement importante.

Les malades, après l'extraction de leur cataracte, passent en moyenne douze jours dans les salles de la clinique. Nous pouvons diviser ce laps de temps en trois périodes semblables de quatre jours chacune.

1re Période. — Le premier pansement qui suit immédiatement l'opération se compose, d'abord d'une rondelle de toile fine, imbibée d'eau tiède, appliquée bien exactement sur les paupières. M. le professeur Badal, après avoir essayé l'emploi des liquides antiseptiques et, en particulier, d'une solution ainsi composée :

Acide borique.....	4 grammes,
Eau.....	100 grammes,

ne leur a reconnu aucun avantage sur l'eau pure ; c'est pourquoi il s'est arrêté à l'usage de l'eau tiède ordinaire.

Au-dessus de cette rondelle, on place les unes sur les autres un certain nombre de petites couches d'ouate fine, de telle sorte que la dépression qui correspond au grand angle de l'œil soit bien matelassée ; le tout est maintenu par une bande en toile ou en flanelle, longue de quatre mètres environ, large de cinq centimètres et disposée en binocle pendant les premières vingt-quatre heures, de manière à éviter que les mouvements des paupières de l'œil non opéré ne déterminent du côté opposé des mouvements associés qui pourraient faire échouer la réunion par première intention.

Une fois pansé, le malade est conduit dans son lit par les soins d'un infirmier.

Les opérés de cataracte sont couchés dans une salle commune, éclairée comme d'habitude, mais dont les lits sont garnis de rideaux verts. Il leur est recommandé de ne pas se coucher du côté de l'œil opéré. Leur régime ne diffère de celui des autres malades que pendant le premier jour ; on les nourrit durant cette journée à l'aide de quelques potages seulement. Si le malade, dans la soirée, se plaint de souffrir, on prescrit une potion calmante.

Le lendemain matin, à la visite, le pansement est défait et l'œil nettoyé, aussi minutieusement que possible, avec une éponge très fine imbibée d'eau tiède. Chaque malade a son collyre, son compte-gouttes, et son éponge conservée dans un vase hermétiquement clos.

La rondelle de toile est habituellement souillée le premier jour par une tache sèche ; la plaie, déjà cicatrisée, s'est réunie par première intention. Lorsqu'au contraire le linge est taché d'un muco-pus liquide et abondant, il faut craindre des complications. Le plus souvent alors, la plaie n'est pas cicatrisée ; l'humeur aqueuse continue à s'échapper et se mêle aux produits inflammatoires.

Il arrive quelquefois que les paupières, la supérieure surtout, sont légèrement infiltrées, notamment vers l'angle interne ; cet œdème précoce est le résultat de l'inflammation produite par des déchirures faites à la conjonctive au moyen de la pince à fixation, ou encore par le couteau au moment de la contre-ponction. Cette infiltration n'a rien d'inquiétant, et disparaît ordinairement en 24 ou 48 heures. Si l'œdème paraît augmenter, et surtout s'il apparaît tardivement, le pronostic sera plus sérieux ; on devra craindre une ophthalmie purulente, une kératite suppurative, une irido-cyclite ou une irido-choroïdite.

Lorsqu'on pratique les premiers pansements, il faut prendre bien soin de ne pas désunir les lèvres de la section ; et pour

cela, à moins d'indication absolue, il ne faut pas trop insister pour faire regarder le malade en bas, de manière à mettre à découvert les lèvres de la plaie. Ainsi que nous l'avons déjà dit, dès le lendemain la réunion est généralement faite, et la pupille sous l'influence de l'atropine, reste dilatée. Lorsque la cicatrisation n'a pas encore eu lieu, l'humeur aqueuse venant sourdre par l'ouverture, permet à l'iris de s'accoler à la face postérieure de la cornée, de telle sorte que la chambre antérieure est effacée.

Si le malade a passé une nuit tranquille et n'a que peu ou point souffert, il est permis de bien augurer des suites de l'opération.

Il reste presque toujours dans le champ pupillaire, ou en arrière de l'iris, malgré les soins les plus minutieux apportés au nettoyage de l'œil, quelques parcelles de substance cristallinienne appartenant aux couches périphériques de la lentille. Nous verrons plus tard les inconvénients que peuvent présenter ces détritus au point de vue du résultat final de l'opération. Ces débris, lorsqu'ils sont en petite quantité, se résorbent presque toujours au contact de l'humeur aqueuse, ce qui fait disparaître les inconvénients que pourrait avoir leur persistance.

Après avoir instillé une goutte d'un collyre d'atropine dans l'œil, afin de maintenir la dilatation de la pupille, le pansement de la veille est renouvelé, mais on s'abstient, cette fois, de recouvrir l'œil sain. On recommence chaque matin un pansement semblable pendant les quatre premiers jours.

2e *Période.* — Du quatrième jour à la fin de la première semaine, on remplace le bandage roulé par une simple compresse ouatée qui va s'attacher derrière la tête. S'il se manifeste un peu d'irritation des bords de la plaie pouvant faire craindre une conjonctivite, il est utile d'instiller, à chaque

pansement immédiatement après le collyre d'atropine, une goutte d'un collyre composé de :

Sulfate de zinc.....	5 centigrammes.
Eau distillée.....	10 grammes.

Si le catarrhe est abondant, il faut avoir recours à la solution suivante :

Nitrate d'argent.....	5 centigrammes.
Eau distillée.....	10 grammes.

3e Période. — Du huitième au douzième jour, on remplace la compresse par une simple rondelle flottante de soie noire, maintenue autour de la tête par un cordon élastique, et on permet à l'opéré de se lever et de prendre ses repas en commun.

Si dans cette troisième période, il survient, ce qui n'est pas rare, un peu de kérato-conjonctivite, de la photophobie, du larmoiement, on ordonnera l'usage de lunettes munies de verres fumés, forme coquille, et l'application, répétée plusieurs fois par jour, de compresses imbibées d'eau chaude additionnée de quelques gouttes d'extrait de saturne.

Les opérés de cataracte sortent habituellement de l'hôpital après le douzième jour, mais il leur est recommandé de garder la chambre chez eux pendant une semaine encore. A ce moment la guérison est habituellement complète.

Les malades demandent presque toujours des lunettes avant leur sortie de l'hopital. Les verres le plus souvent prescrits sont, pour la vision à distance, le n° + 4 de la boîte de l'oculiste qui correspond à 10 dioptries, et pour la vision de près : lecture, couture, etc., le n° + 2 1/2 (15 dioptries).

Ces numéros doivent être modifiés pour les personnes qui n'étaient pas emmétropes avant le développement de leur cataracte.

Lorsque le malade étant atteint d'une cataracte double n'a été opéré que d'un côté, on a l'habitude de lui donner des lunettes dites à *monture*, munies d'un verre n° + 4 d'un côté, et d'un verre n° + 2 1/2 de l'autre, de telle sorte qu'il puisse, en retournant ses lunettes, regarder à travers le n° + 4 ou à travers le n° 2 1|2, suivant qu'il lui est nécessaire de voir distinctement un objet rapproché ou un objet éloigné. Ceci n'a aucun inconvénient lorsque le second œil est cataracté ; mais lorsque le malade y voit encore assez pour suffire aux besoins de la vie, il est inutile et excessivement gênant pour la vision de placer un verre à cataracte devant cet œil. Il faut donc, dans ce cas, que l'opéré soit muni de deux paires de lunettes, suivant qu'il veut regarder de près ou de loin.

Lorsqu'il s'agit d'une personne appartenant aux classes cultivées (ce qui ne se rencontre que rarement dans les hôpitaux), il est nécessaire d'apporter le plus grand soin à la détermination du numéro des verres employés ; le plus souvent même il est nécessaire de donner une troisième paire de lunettes, si la vision, pour certains travaux, doit s'exercer à une distance déterminée, ainsi que cela a lieu, par exemple, pour la lecture de la musique, etc.

Il est recommandé aux opérés de se présenter à la Clinique, si faire se peut, un mois environ après leur opération. A cette époque ils sont en général complètement guéris. Quelques-uns, cependant, se plaignent de n'apprécier les distances et la situation exacte des objets, qu'avec une assez grande difficulté, et il leur faut encore quelques semaines, parfois même plusieurs mois, pour que tout rentre dans l'ordre.

CHAPITRE II

Accidents opératoires

Nous traiterons dans ce chapitre des accidents qui peuvent survenir pendant l'extraction de la cataracte et influer d'une manière plus ou moins fâcheuse sur le résultat de l'opération.

a. *Le lambeau est trop petit.* — Il se peut tout d'abord que les points de ponction ou de contre-ponction ayant été mal choisis, le chirurgien ait taillé un lambeau trop petit. S'il s'en aperçoit de suite, avant même d'avoir pratiqué la contre-ponction, il peut encore réparer sa faute en inclinant légèrement le couteau en bas, s'il s'agit d'un lambeau supérieur.

b. *Le lambeau est trop grand.* — Si l'opérateur s'aperçoit de la faute qu'il va commettre, il lui suffit de diriger sa pointe un peu plus haut afin de faire la contre-ponction en un point plus élevé. Un lambeau trop grand expose à la perte du corps vitré.

c. *Sortie prématurée de l'humeur aqueuse. Blessure de l'iris.* — Il arrive assez fréquemment que l'humeur aqueuse s'échappe en presque totalité pendant la section du lambeau, surtout si l'on a procédé trop lentement et que l'iris, entraîné du côté de la plaie, vient se placer sous le tranchant du couteau. Si cet accident se produit avant la contre-ponction, on doit, sans s'arrêter, continuer l'opération. Que faire en effet ? On avait conseillé de pratiquer, à l'aide de la curette de Graëfe, de légères frictions sur la cornée, afin de provoquer la contraction du sphincter, le resserrement de

la pupille et le dégagement de l'iris, mais cette manœuvre n'a le plus souvent d'autre résultat que de faire sortir une plus grande quantité d'humeur aqueuse. Il vaut donc mieux continuer la section du lambeau, au risque de blesser l'iris ; le seul inconvénient qui puisse en résulter, est la production d'une petite hémorrhagie qui pourra gêner le chirurgien pour continuer l'opération. Si par hasard, le lambeau, détaché par l'instrument, n'était pas chassé par l'humeur aqueuse ou expulsé avec la cataracte, il faudrait aller le chercher à l'aide d'une pince courbe.

d. *La lame du couteau a été introduite dans le mauvais sens.* — Il se peut que, par inadvertance, le chirurgien ait introduit son couteau le tranchant de la lame dirigée en bas, tandis qu'il avait l'intention de faire un lambeau supérieur. Dans ce cas, le meilleur parti à prendre est de tailler un lambeau médian, qui, au lieu d'aller jusqu'à la limite scléro-cornéenne, s'arrête dans l'étendue de la cornée de manière à pratiquer une section presque transversale. L'iridectomie devient alors inutile.

e. *Infiltration sous-conjonctivale de l'humeur aqueuse.* — Il arrive quelquefois que la contre-ponction ayant été faite trop loin, la pointe du couteau soulève la conjonctive dans une certaine étendue avant de la diviser ; l'humeur aqueuse s'infiltre alors dans les mailles du tissu cellulaire, et l'on voit se former brusquement une sorte d'ampoule, parfois volumineuse, qui s'affaisse dès que le couteau a traversé la conjonctive.

f. *La cataracte ne peut pas sortir à travers la plaie.* — Cela peut dépendre de diverses circonstances : ou bien la distance des points de ponction et de contre-ponction a été mal calculée, ou bien le noyau a un diamètre fort au-dessus de la moyenne, ou bien enfin la cataracte est adhérente, c'est-à-dire se trouve fixée par des synéchies à la face postérieure de l'iris.

Une plaie trop étroite pour livrer passage au cristallin, est toujours chose fâcheuse, c'est pourquoi, il est toujours préférable de tailler un lambeau trop grand que trop petit. Si l'opérateur a mal pris ses mesures, il ne reste plus qu'à élargir la plaie vers l'un de ses angles, soit avec un bistouri boutonné, soit avec des ciseaux.

Si la cataracte est adhérente et ne peut être déplacée, malgré la pression exercée avec la curette de Graëfe, le meilleur parti à prendre est de procéder à l'extraction du cristallin, à l'aide de la pelle-curette ou du crochet mousse, suivant que la cataracte est molle ou dure.

g. *Le couteau se casse dans la plaie.* — Un accident rare, qui ne peut guère arriver lorsqu'on se sert de bons instruments et qu'on évite les changements brusques dans la direction de la lame, c'est que la pointe du couteau se courbe et se casse avant d'avoir pratiqué la contre-ponction qui devient dès lors impossible. Il faut alors substituer un second instrument au premier, et, la section faite, enlever avec des pinces la pointe cassée si elle est tombée dans la chambre antérieure.

h. *Dislocation du cristallin. Prolapsus du corps vitré.* — Cet accident peut se produire dans plusieurs cas ; il est surtout fâcheux lorsqu'il arrive avant l'expulsion du cristallin.

Tantôt la section étant trop périphérique, la zonule mal soutenue ne peut résister à la pression intra-oculaire, tantôt cette membrane devenue friable par suite d'un état pathologique antérieur se rompt aux premières tentatives d'expulsion ; quelquefois il existe une subluxation du cristallin qui a passé inaperçue : c'est pourquoi il est indispensable de s'assurer, avant l'opération, qu'il n'existe pas de tremblement de l'iris, signe certain de la rupture du ligament suspenseur.

Cet accident peut encore se présenter, lorsqu'en taillant le lambeau, le chirurgien dirige le tranchant trop en avant ;

le dos de la lame, appuyant sur le cristallin, le fait alors se luxer.

Un prolapsus du corps vitré peut de même être la conséquence des contractions musculaires auxquelles se livrent certains malades. Une compression trop considérable du blépharostat et de la pince à fixation produit le même résultat.

La conduite à tenir en présence d'un accident de ce genre diffère suivant le temps de l'opération auquel il se produit. Si le corps vitré se présente à l'ouverture de la plaie avant l'extraction de la cataracte, mais que le malade soit docile, on pourra tenter de pratiquer l'iridectomie avant d'enlever le blépharostat ; mais si l'humeur vitrée s'échappe en grande quantité, on devra au plus vite enlever les instruments de fixation et administrer le chloroforme, après toutefois avoir appliqué sur l'œil un bandeau destiné à faire de la compression, afin de parer aux inconvénients que pourrait entraîner la période d'excitation. On ne terminera l'opération que lorsque le malade sera en pleine résolution. Il faudra alors aller saisir la cataracte à l'aide du crochet de Graëfe qu'on glisse avec précaution en arrière du cristallin.

Lorsque la procidence dn corps vitré ne se produit qu'après l'iridectomie, la situation est moins grave, et de simples pressions exercées sur la cornée, de manière à faire progresser la cataracte du côté de la plaie, suffisent ordinairement à chasser le cristallin ; il faut toutefois obtenir du malade qu'il ne fasse aucun effort.

Si le prolapsus du corps vitré se produisait à la fin de l'opération, au moment où le chirurgien cherche à expulser les masses corticales restées dans la chambre antérieure, il faudrait renoncer à les extraire. On ne doit, cependant, jamais faire le pansement sans avoir débarrassé les lèvres de la plaie des particules qui la souillent.

Les débris qui restent dans la chambre antérieure sont une des causes les plus communes des accidents consécutifs ; aussi devra-t-on agir avec beaucoup de circonspection et ne se résoudre à laisser ces débris que lorsqu'on aura jugé qu'il est imprudent de pousser plus loin les tentatives.

Lorsque la perte du corps vitré a été abondante, il arrive que l'œil s'affaisse, et que la cornée reste déprimée ; le plus souvent, toutefois, l'humeur aqueuse vient compléter le vide produit, et l'on peut constater, dès le premier pansement, que l'œil a repris son volume normal.

La perte du corps vitré en presque totalité est heureusement très rare. Lorsque cet accident se produit, l'œil s'affaisse sans pouvoir reprendre son volume ordinaire, et finit par s'atrophier. Quand on aura à craindre un accident de ce genre, en raison, par exemple, des changements dans l'intérieur de l'œil, produits par un vaste staphylôme postérieur, le ramollissement du corps vitré, une choroïdite ou un glaucome, il sera indispensable d'éviter toute pression sur le globe oculaire; il est prudent même de se passer d'écarteur.

i. *Hémorrhagie intra-oculaire.* — Cette hémorrhagie parfois très abondante, se produit après la sortie du corps vitré. Elle est rare et ne s'observe guère que sur les yeux à tension glaucomateuse. La perte de l'œil en est le plus souvent la conséquence.

j. *Hémorrhagie dans la chambre antérieure.* — C'est un accident fréquent, qui peut se présenter avant l'iridectomie à la suite de la division des vaisseaux du limbe, ou après l'iridectomie, le sang venant alors des vaisseaux iridiens.

Pour continuer l'opération, il est nécessaire d'évacuer le sang contenu dans la chambre antérieure et qui masque le champ pupillaire. Il suffit, pour cela, de faire entrebailler les lèvres de la plaie, en même temps qu'avec la curette de Graëfe on exerce quelques pressions sur la cornée. Si l'épan-

chement sanguin tend à se reproduire, on appliquera sur l'œil une éponge imbibée d'eau froide. Il se peut que le sang vienne à se coaguler dans la chambre antérieure, et il est alors très difficile d'expulser les caillots. Si cela est de toute impossibilité, on pratiquera la discision, *au juger*. La petite quantité de sang resté dans la chambre antérieure après l'expulsion du cristallin ne tarde pas à se résorber.

k. *Renversement du lambeau.* — Il se peut que pendant l'opération le lambeau vienne à se renverser; cet accident, qui a pour cause une trop grande longueur donnée au lambeau, ou la laxité extrême de la cornée, est ordinairement produit par un clignotement brusque du malade. Il suffit de relever la paupière supérieure pour que le lambeau se remette en place.

l. *Absence de prolapsus de l'iris.* — Il arrive souvent qu'après la section du lambeau, l'iris ne vient pas faire hernie à travers les lèvres de la plaie. C'est là un petit inconvénient qui se présente quand l'humeur aqueuse s'est échappée en presque totalité, avant que la section ne soit terminée. Il suffit alors d'introduire dans la chambre antérieure des pinces courbes à iridectomie, afin d'aller saisir l'iris et de l'attirer au dehors pour en pratiquer l'excision.

m. *Les angles de l'iris sectionné restent entre les lèvres de la plaie.* — Cela entraînerait inévitablement l'enclavement de l'iris dans le tissu cicatriciel. De légères frictions avec le dos de la curette font ordinairement contracter l'iris qui se resserre et se dégage. Si cela ne suffit pas, il faut pratiquer une seconde excision de cette membrane. Si l'on craint néanmoins un enclavement, on fera bien de remplacer le collyre d'atropine par le suivant :

Sulfate d'ésérine.....	5 centigrammes,
Eau distillée.....	10 grammes,

qui a pour effet de provoquer une contraction énergique de la pupille, en dégageant par là même les parties de l'iris demeurées entre les lèvres de la plaie.

n. *La cristalloïde ne se laisse pas déchirer.* — Cet accident peut se produire dans certaines formes de cataractes anciennes, régressives; le kystitome glisse à la surface de la capsule sans pouvoir l'entamer.

On est, dans ce cas, autorisé à pratiquer l'extraction du cristallin dans sa capsule, mais on doit, avant d'avoir recours à la curette ou au crochet, agir comme si l'on avait pratiqué la kystitomie; parfois, en effet, les manœuvres ordinaires d'expulsion suffisent pour rompre la zonule et chasser le cristallin au dehors.

CHAPITRE III

Accidents consécutifs.

Nous passerons en revue, dans ce troisième chapitre, les différents accidents qui peuvent se présenter consécutivement à l'extraction de la cataracte et influer plus ou moins sur le succès de l'opération, suivant leur gravité et les soins plus ou moins prompts qu'on y aura apportés.

a. *Douleur persistante.* — La douleur qui est la conséquence presque inévitable du traumatisme opératoire ne dure que quelques heures, et a souvent disparu dès le soir même. Quand une complication doit survenir, les phénomènes douloureux, loin de se calmer, ne font qu'augmenter d'intensité. Il ne faut pas hésiter, dans ce cas, à défaire le pansement. On trouve ordinairement le linge imprégné d'une grande quantité de larmes, et l'examen de l'œil permet souvent de constater la présence de cils arrachés ou simplement renversés, qui déterminent un certain degré d'irritation; d'autres fois ce sont des parcelles du cristallin restées dans les culs-de-sac conjonctivaux ou de petits caillots sanguins qui jouent le rôle de corps étrangers. Les larmes accumulées en abondance peuvent, à elles seules, provoquer une douleur intense. Ces accidents disparaissent après un nettoyage minutieux des culs-de-sac palpébraux.

b. *La cicatrisation de la plaie n'a pas eu lieu le lendemain de l'opération.* — Lorsque la réunion des lèvres de la plaie ne s'est pas faite dans les vingt-quatre heures, il faut s'attendre à ce qu'elle n'ait lieu que plusieurs jours plus tard.

L'humeur aqueuse filtre alors continuellement à travers les lèvres de la plaie, et l'iris se trouve accolé à la face postérieure de la cornée. Cette absence de cicatrisation peut tenir à un défaut de vitalité des tissus, à une coaptation imparfaite des lambeaux après l'opération, à un enclavement de l'iris, etc. Le meilleur parti à prendre est de s'abstenir de toute intervention chirurgicale; on se contentera d'appliquer un bandeau compressif. Si l'on a affaire à un individu cachectique, on devra de plus administrer des toniques.

Cet accident, du reste, lorqu'il existe seul, n'est pas des plus graves ; il ne pourrait le devenir qu'autant que dans l'œil lui-même ou dans le voisinage il existerait des causes d'infection.

c. *Œdème des paupières.* — L'œdème des paupières, qui, ainsi que nous l'avons dit, résulte le plus souvent du traumatisme opératoire, ne tarde pas à disparaître. Quelquefois, cependant, cet œdème est le signe précurseur d'accidents bien plus graves. On devra donc, lorsqu'il se produit, se tenir toujours en garde, et se livrer à un examen minutieux du globe oculaire.

Le chémosis séreux qui se développe dans les mêmes conditions, sans douleur, sans manifestations inflammatoires, est également la conséquence du traumatisme opératoire et n'a aucune gravité. De légères mouchetures de la conjonctive mettent fin à ces accidents.

d. *Suppuration du lambeau.* — Lorsque la douleur, très violente dès le début, ne fait qu'augmenter à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'opération, elle indique l'existence d'un état grave. On trouve alors le pansement souillé d'une quantité plus ou moins abondante de muco-pus. L'examen de l'œil démontre l'existence d'un chémosis prononcé, la cornée prend un aspect trouble, et un liseré gris jaunâtre borde les lèvres de la plaie. C'est là l'indice ordinaire de la

suppuration de la cornée. On devra surtout redouter cet accident chez les gens âgés et cachectiques. Le meilleur moyen d'entraver les phénomènes de suppuration consiste dans l'application sur l'œil de compresses trempées dans une infusion chaude de camomille par exemple, et les collyres ou lotions, conseillés en pareil cas par différents auteurs, échouent d'une manière à peu près constante.

La suppuration peut se limiter au sommet du lambeau cornéen, et l'on en est quitte pour une cicatrice opaque ; mais l'infiltration de la cornée marche quelquefois avec une si grande rapidité, qu'elle amène en quelques jours, quelquefois en 24 heures, la destruction de cette membrane.

Cette suppuration de la cornée, avons-nous dit, se rencontre habituellement chez les cachectiques, les diabétiques, les gens fatigués par des abus de tout genre ou des maladies antérieures, ce qui est le cas le plus ordinaire dans les hôpitaux. En de telles circonstances, toute réaction fait en général défaut, et l'on a plutôt affaire à une sorte de gangrène de la cornée plutôt qu'à une kératite suppurative.

Cet accident peut encore être la conséquence d'une infection de la plaie ; on est alors en présence d'une véritable kératite infectieuse qui se complique toujours d'irido-choroïdite et souvent de panophthalmite. La perte de la cornée est, dans ce cas, à peu près certaine. Il ne faut cependant pas rester inactif, mais faire des fomentations chaudes souvent répétées, et des pansements antiseptiques, notamment avec une solution d'acide borique à 4 pour 100 ; donner du quinquina, etc.

On doit viser à sauver la plus grande étendue possible de la cornée, afin de pratiquer plus tard une iridectomie optique.

Ces suppurations de la cornée, assez communes autrefois, sont devenues bien plus rares de nos jours, grâce aux méthodes opératoires actuellement employées. La plupart du

temps, la perte de l'œil consécutive à l'extraction de la cataracte, est le résultat d'une infection venant du malade lui-même ou de son entourage.

e. *Ophthalmie purulente.* — L'ophthalmie purulente ne se montre guère que dans les salles où se trouvent des malades atteints de cette affection ; le transport de l'agent infectieux se fait par les mains de ceux qui soignent ces malades, ou par l'intermédiaire des instruments ou des objets de pansement. C'est pour cette raison que M. le professeur Badal veille avec un soin extrême à ce que chaque opéré ait son éponge, son collyre et son compte-gouttes.

Lorsque cet accident se présente peu de temps après l'opération, alors que la plaie commençait à peine à se cicatriser, il est du devoir du chirurgien de pratiquer immédiatement une cautérisation énergique, à l'aide du *crayon mitigé,* composé d'un tiers nitrate d'argent et deux tiers nitrate de potasse ; il ne faudra pas oublier de neutraliser l'excès du caustique en passant à la surface de l'œil, et à plusieurs reprises, un pinceau trempé dans de l'eau salée. Si le chémosis est intense, on pratiquera des mouchetures sur la conjonctive, et l'œil devra être recouvert en permanence de compresses trempées dans une solution d'acide borique à 4 pour 100. Un infirmier, placé nuit et jour à côté du malade, devra faire couler de temps en temps, après avoir écarté les paupières, un filet d'eau tiède sur la cornée pour empêcher le pus d'y séjourner ; quelques gouttes d'un collyre d'atropine seront de plus instillées toutes les deux heures. Une seule cautérisation énergique suffit en général, et on doit se contenter, les jours suivants, d'instiller, matin et soir, une goutte d'un collyre composé de :

Nitrate d'argent.....	5 centigrammes,
Eau distillée.....	10 grammes.

Si, dès le début, la tuméfaction des paupières devient tellement intense, qu'il soit impossible de les écarter l'une de l'autre pour mettre la conjonctive à découvert, il ne faudra pas hésiter à inciser d'un coup de ciseau la commissure externe.

Lorsque la suppuration vient à éclater dès le lendemain ou le surlendemain, l'œil est ordinairement perdu; mais si la contagion n'a lieu que plus tard, à une époque où la cicatrisation est déjà complète, les malades guérissent le plus souvent.

f. *Catarrhe oculaire survenant quelques jours après l'opération.* — Chez les individus qui, antérieurement à l'extraction de leur cataracte, présentaient du larmoiement et un peu de conjonctivite catarrhale, il n'est pas rare, cinq ou six jours après l'opération, d'observer un catarrhe oculaire plus ou moins abondant; on doit, dans ce cas, faire usage d'un collyre mixte au sulfate de zinc et au sulfate d'atropine (5 centigrammes de chaque pour 10 grammes d'eau). Si ce traitement n'a pas raison du catarrhe, le meilleur parti à prendre est de soustraire le malade à l'influence du milieu, en le renvoyant dans sa famille, où ordinairement la guérison ne se fait pas attendre plus de quelques jours.

g. *Ophthalmie infectieuse reconnaissant pour cause une dacryo-cystite aiguë ou chronique.* — Cet accident n'est pas très rare chez les opérés de cataracte. En effet, le mucopus de la dacryo-cystite, qui trouve dans la plaie cornéenne un chemin tout ouvert, possède la propriété d'infecter très vite la cornée et les parties voisines de l'œil, en produisant des phénomènes de kératite suppurative, d'irido-cyclite et de panophthalmite infectieuse.

On devra donc, autant que possible, n'opérer de la cataracte un malade atteint d'une affection des voies lacrymales, que si cette affection a été préalablement guérie.

Il arrive cependant souvent que des malades se présentent à l'hôpital avec une blépharo-conjonctivite, accompagné d'un peu de larmoiement; c'est à peine si en pressant sur le sac lacrymal on fait sourdre un peu de muco-pus. Si on proposait à ces malheureux de ne les opérer qu'après la guérison de leur dacryo-cystite, ils se soumettraient difficilement à cette exigence, et n'hésitéraient pas à aller chercher remède ailleurs. C'est pourquoi la théorie qui consiste à ne jamais opérer une cataracte chez un individu atteint de larmoiement chronique, excellente en principe, est à peu près impraticable dans les services hospitaliers. Je pense donc, avec M. Badal, que toutes les fois qu'il n'existe pas de dacryocystite ou de conjonctivite aiguës, on peut pratiquer l'opération, à la condition toutefois d'entourer les opérés de soins particuliers. On devra, notamment, avant l'extraction, laver le champ opératoire avec une solution d'acide phénique au centième, et renouveler les pansements deux fois par jour.

L'irido-cyclite, qui suit parfois l'extraction pratiquée dans de semblables conditions, se montre habituellement dans les deux ou trois premiers jours. Le malade se plaint de douleurs péri-orbitaires intenses, qui deviennent bientôt intolérables; l'œil, examiné à ce moment, montre une chambre antérieure remplie d'un liquide trouble, floconneux, qui ne tarde pas à devenir purulent. L'hypopyon est dès lors constitué. L'iris se décolore, la pupille disparaît à peu près complètement, l'œil devient rouge, larmoyant, un bourrelet chémotique se forme autour de la cornée.

Si, à ce moment-là, on n'arrête pas l'infection dans sa marche, la plaie, qui semblait, au début, vouloir se cicatriser, s'ouvre et la chambre antérieure se vide. La cornée baignée de pus, et bridée par le chémosis, se sphacèle et l'œil se vide. Aux phénomènes d'hypopyon et d'irido-cyclite

succède un véritable phlegmon de l'orbite. La fonte de l'œil ne tarde pas à s'ensuivre.

Lorsqu'on a le bonheur de voir la cornée conserver encore sa vitalité, cette membrane reprend peu à peu sa transparence, en même temps que la pupille se nettoie; mais ce n'est pas là ce qui arrive le plus ordinairement. L'ouverture pupillaire reste presque toujours obstruée par des exsudats, et plus tard une iridectomie est nécessaire pour permettre l'accès des rayons lumineux.

L'inflammation du tissu cellulaire qui sépare le globe oculaire de la capsule de Ténon accompagne souvent les ophthalmies infectieuses, et il en résulte une exophthalmie plus ou moins considérable. Le meilleur parti à prendre, eu pareil cas, est d'inciser la commissure palpébrale externe pour faire cesser l'étranglement produit par la tuméfaction énorme des paupières qui résulte toujours de ces accidents. Cette capsulite, lorsqu'elle ne se termine pas par résolution, envahit le tissu cellulo-graisseux du fond de l'œil et pourrait avoir pour conséquence des accidents graves, si le chirurgien ne s'empressait, au plus vite, d'ouvrir une large voie au pus.

Tant que la plaie scléro-cornéenne n'est pas cicatrisée, on est exposé à voir se produire une infection de l'œil; on devra donc toujours se tenir en garde contre cette éventualité.

La première indication à remplir en face d'une irido-cyclite avec hypopyon, est d'évacuer le pus qui est une cause permanente d'irritation pour l'iris. Il suffit, en général, de déprimer la lèvre postérieure de la plaie avec une curette, pour que l'humeur aqueuse, en s'échappant, entraîne avec elle la production purulente. Si le pus formait déjà bouchon, il faudrait l'enlever avec une pince courbe.

Si la plaie est déjà cicatrisée, lorsqu'on vient à s'aperce-

voir de la présence d'un hypopyon, il faut au plus vite pratiquer une large paracentèse, qui mettra fin aussitôt à des souffrances qu'aucun autre moyen ne saurait calmer.

Le traitement consécutif de l'irido-cyclite, lorsque la chambre antérieure a été débarrassée du pus qu'elle contenait, consiste dans l'instillation de quelques gouttes d'un collyre d'atropine, qu'on fera suivre de fomentations chaudes. Si les douleurs persistent, on aura recours au chloral ou à la morphine. En présence de pareils accidents, les efforts du chirurgien sont le plus souvent inutiles, malheureusement, et l'œil est définitivement perdu.

h. *Iritis purement inflammatoire.* — C'est là, sans contredit, le plus commun des accidents consécutifs à l'extraction de la cataracte. Elle apparaît habituellement du quatrième au cinquième jour. Cet accident peut être occasionné par un enclavement de l'iris, ou par la rétention de masses corticales qui se trouvent en contact avec le diaphragme iridien irritant cette membrane. La pupille se rétrécit, se déforme, et des synéchies finissent par souder l'iris aux masses corticales et aux débris capsulaires. La chambre antérieure augmente de volume par hypersécrétion de l'humeur aqueuse, et des douleurs périorbitaires apparaissent, occasionnées par l'excès de tension intra-oculaire.

Il se peut aussi que, malgré tous les soins apportés au nettoyage de la plaie, des lambeaux capsulaires excessivement ténus, échappant aux regards de l'opérateur, s'interposent entre les lèvres de la plaie et deviennent une cause permanente d'irritation. L'iritis qui en est la conséquence est le plus souvent rebelle à tout traitement.

Enfin, il arrive le plus souvent qu'on ne peut expliquer l'apparition d'une iritis, autrement que par une imprudence du malade, un refroidissement, une contusion du globe oculaire, un état diathésique.

L'iritis *a frigore* est relativement fréquente parmi les opérés des salles d'hôpital. Malgré toutes les recommandations qu'on a soin de leur faire, ils commettent parfois les plus coupables imprudences.

Le rhumatisme est, sans contredit, la diathèse qui influe le plus sur le développement de l'iritis. La perte de la vue, à la suite d'une occlusion pupillaire, et quelquefois même la phthisie du segment antérieur de l'œil, ne sont que trop fréquentes chez les rhumatisants opérés de la cataracte. Une potion, dans laquelle on fait entrer 5 ou 6 grammes de salicylate de soude, rendra de précieux services dans le cas d'iritis rhumatismale aiguë.

La syphilis n'est que très rarement la cause d'iritis consécutive à l'extraction de la cataracte. Si cependant on avait des raisons d'imputer à la syphilis un accident de ce genre, il ne faudrait pas hésiter à prescrire l'iodure de potassium à haute dose.

On ne doit jamais oublier, en présence d'une iritis, quelle que soit sa cause, d'instiller plusieurs fois par jour du collyre d'atropine, afin de solliciter la dilatation de la pupille, et d'empêcher la formation de synéchies. On devra, de plus, maintenir pendant deux ou trois heures par jour, des compresses chaudes sur l'œil. Si les douleurs étaient intolérables une injection sous-cutanée de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine.....	20 centigrammes,
Eau distillée	10 grammes,

calmerait le malade. Chaque demi-seringue de Pravaz remplie de cette solution, contient un centigramme de morphine. On pourra injecter jusqu'à deux centigrammes dans les vingt-quatre heures.

La douleur qui accompagne l'iritis cède le plus habituellement à une médication active, mais la pupille reste souvent

rétrécie et soudée aux masses corticales et aux débris capsulaires ; et après quelques jours de durée, il est rare que l'atropine puisse avoir raison de ces adhérences.

L'iritis, bien qu'elle soit ordinairement fort douloureuse, peut cependant être indolente chez certains malades.

De séreuse ou plastique qu'elle était, elle peut devenir purulente, et si la choroïde se prend, il y a beaucoup de chances pour qu'on ait à déplorer la fonte purulente de l'œil.

On ne devra jamais hésiter à faire la ponction de la chambre antérieure, lorsqu'elle sera distendue outre mesure, par une accumulation exagérée de l'humeur aqueuse. Cette simple opération fait habituellement disparaître la douleur. Les instillations de collyre au nitrate de pilocarpine, préconisées dans ces derniers temps, ne donnent pas toujours un résultat favorable.

L'iritis résultant d'un enclavement de l'iris, sera décrite plus loin ; elle a souvent les mêmes conséquences fâcheuses, et amène l'atrophie de l'hémisphère antérieur de l'œil.

i. *Cataracte secondaire.* — Il se peut que, longtemps après la guérison, on observe le développement d'une cataracte secondaire. Cet accident peut tenir à ce que des masses corticales ont été laissées dans l'œil, à ce que des produits d'exsudation se sont déposés sur la cristalloïde, etc. Ces cataractes secondaires nécessitent le plus souvent une opération.

j. *Enclavement de l'iris.* — Cet accident ne se produit que très rarement, lorsqu'on a soin de faire une large iridectomie, afin d'obtenir, comme nous l'avons dit, une pupille en trou de serrure. Une iritis résulte presque toujours de l'enclavement de l'iris, et plus tard cette membrane emprisonnée dans la plaie scléro-cornéenne sollicite l'attraction de la pupille vers en haut ; celle-ci se rétrécit de plus en plus et finit par se trouver cachée par la paupière supérieure.

Lorsqu'il existe un véritable prolapsus de l'iris, la conduite la plus sage est de pratiquer l'excision de la partie herniée. Pour cela, on peut se borner à saisir la petite tumeur avec une pince à griffes et à en pratiquer l'excision avec le couteau de Graefe ; mais cela ne supprime pas l'enclavement. Il vaut donc mieux rouvrir la plaie et exciser l'iris le plus loin possible.

k. *Cicatrice cystoïde.* — Cet accident est, en général, déterminé par un enclavement de l'iris ; la cicatrice se bosselle et forme une sorte de kyste, un diverticulum de la chambre antérieure. Ce phénomène peut cependant se rencontrer sans enclavement de la membrane iridienne ; on doit penser, dans ce cas, que cette dégénérescence est due à un léger excès de tension intra-oculaire existant sans doute avant l'opération, mais qui a passé inaperçu.

La déformation de la cornée qui est le résultat de cette cicatrisation défectueuse, détermine un astigmatisme irrégulier et diminue le degré d'acuité visuelle. Il faut, dans ce cas, pratiquer l'excision de la bosselure, et maintenir pendant plusieurs jours un bandeau compressif sur l'œil.

l. *Epanchement tardif de sang dans la chambre antérieure.* — Cet accident résulte le plus souvent d'une contusion du globe oculaire, soit pendant le sommeil, soit pendant la veille, par imprudence du malade. Cet épanchement sanguin qui provient du lambeau iridien se résorbe habituellement sous l'influence d'un bandeau compressif ou de compresses chaudes. Il ne serait inquiétant que chez un glaucomateux, où l'on devrait craindre de voir survenir une irido-cyclite avec phthisie consécutive du bulbe.

m. *Ophthalmie sympathique.* — Cette complication, grâce aux procédés opératoires actuellement employés, devient de plus en plus rare. L'enclavement de la cristalloïde dans la plaie scléro-cornéenne, en produisant des tiraillements de la

zonule du côté opéré, et parfois même l'arrachement du corps ciliaire, peut être le point de départ des phénomènes sympathiques. Un enclavement considérable de l'iris peut avoir les mêmes conséquences. L'énucléation de l'œil opéré est le seul traitement rationnel.

CHAPITRE IV

Complications. — Causes des insuccès.

L'existence de la cataracte, une fois constatée, il convient de déterminer si elle est compliquée d'un état général mauvais, ou d'une autre affection oculaire pouvant influer sur les résultats de l'opération.

a. Le diabète sucré, qui peut, de lui-même, occasionner le développement de la cataracte, doit être regardé comme une complication sérieuse à cause des suppurations auxquelles il prédispose. Tout dépend cependant de la quantité de sucre, et nous avons vu à la Clinique de l'hôpital Saint-André guérir des malades dont l'état général n'était rien moins que satisfaisant.

b. L'albuminurie constitue également pour le cataracté une complication fâcheuse, à un moindre degré cependant que le diabète.

c. L'état athéromateux, qui a pour cause la plus fréquente l'alcoolisme, amenant par ses conséquences, sinon une perturbation complète de la nutrition, du moins son ralentissement marqué, doit faire porter le chirurgien à se montrer réservé sur le pronostic.

d. Les troubles de la vue, chez les saturnins, peuvent s'ajouter à une cataracte préexistante, ou se développer avec elle ; ils constituent une complication.

e. Un grand nombre de maladies cérébrales et spinales s'accompagnent de l'atrophie de la papille. Cette complication doit être recherchée avec soin avant de pratiquer

l'extraction de la cataracte. Si le fond de l'œil est absolument mauvais, une opération est inutile.

f. L'asthme agirait mécaniquement, si nous pouvons parler ainsi, sur le pronostic de l'opération. Des accès de toux nuisent à la réunion de la plaie, et peuvent compromettre gravement les chances de succès.

h. Qu'il nous suffise en dernier lieu de citer l'influence du rhumatisme sous toutes ses formes.

Nous arrivons maintenant aux complications existant du côté des membranes propres de l'œil et de ses annexes, indépendamment de toute affection générale.

a. Toutes les affections lacrymales peuvent, ainsi que nous l'avons dit précédemment, être le point de départ d'accidents graves.

b. Toutes les formes de kératite ou de kérato-conjonctivite, notamment la conjonctivite granuleuse, constituent de même une fâcheuse complication.

On a donné le nom de *gérontoxon* à une opacification de la périphérie du tissu cornéen qui survient à un certain âge, surtout chez les athéromateux, et occupe tantôt le demi-cercle inférieur tantôt et c'est le cas le plus fréquent, le demi-cercle supérieur de la cornée. Cette dégénérescence n'est cependant pas généralement regardée comme grave.

c. L'iritis et les synéchies qui en sont le plus souvent la conséquence, sans être une contre-indication formelle à l'extraction de la cataracte, peuvent rendre l'opération laborieuse.

d. Le glaucome est une complication des plus redoutable. Un cataracté qui se plaint de douleurs névralgiques périorbitaires et dont l'œil présente une augmentation de tension manifeste, avec dilatation pupillaire, n'a que bien peu de chance de voir améliorer son état par une opération de cataracte; et l'extraction peut être suivie d'accidents graves, notamment d'hémorrhagie.

e. En dernier lieu, toutes les complications du côté de la rétine et de la choroïde doivent être prises en grande considération avant de se décider à une extraction de cataracte toutes les fois qu'on a quelque raison de les soupçonner. Il en est de même de l'atrophie de la papille quelle qu'en soit la cause.

S'il n'y a pas de complication du côté de la rétine et de la choroïde, le malade doit apercevoir la clarté d'une lampe placée à 5 mètres de distance. S'il ne la distingue à aucune distance, l'opération n'a aucune chance de succès.

CHAPITRE V

Statistique des 200 premières opérations de cataracte pratiquées à la clinique ophthalmologique de l'hôpital Saint-André

1. — Femme, âgée de 58 ans, atteinte d'une cataracte demi-molle, du côté gauche. Opération régulière. Léger catarrhe conjonctival à la suite. . . . . *Succès.*

2 et 3. — Femme, âgée de 59 ans, couturière, atteinte de cataracte demi-molle. Du côté gauche : section très périphérique, sang dans la chambre antérieure, qui se résorbe rapidement. . . . . *Succès.* Du côté droit, l'opération est faite le même jour. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

4. — Femme, âgée de 61 ans, domestique, atteinte de cataracte demi-dure, du côté droit, compliquée de kérato-conjonctivite chronique. Un peu d'iritis à la suite de l'opération . . . . . *Succès.*

5 et 6. — Homme, âgé de 63 ans, faïencier, atteint de cataracte capsulo-lenticulaire, double. Les deux yeux sont opérés le même jour (1) : du côté gauche, débris corticaux qui se résorbent rapidement . . . . . *Succès.* Du côté droit, quelques débris corticaux et un peu d'iritis . . *Succès.*

7. — Homme âgé de 74 ans, présentant du côté droit une cataracte dure, avec subluxation du cristallin. L'iris se présente sur le couteau et se trouve sectionné ; hémorrhagie dans la chambre antérieure ; débris corticaux. Pas d'accidents consécutifs à l'opération . . . . . *Succès.*

---

(1) M. le professeur Badal a complètement renoncé à opérer les deux yeux le même jour.

8. — Homme, âgé de 58 ans, cultivateur, atteint de cataracte demi-molle, à gauche. L'iris se présente sur le couteau, et se trouve sectionné ; hémorrhagie dans la chambre antérieure ; débris corticaux. Pas d'accidents consécutifs . . . . . *Succès.*

9 et 10. — Homme, âgé de 63 ans, charretier, entré à l'hôpital pour une cataracte double, demi-molle. Du côté droit, opération régulière. Guérison rapide . . . . . *Succès.*
Du côté gauche, l'opération pratiquée le même jour ne présente rien de particulier . . . . . *Succès.*

11 et 12. — Homme, âgé de 68 ans, boulanger, atteint de cataracte double, demi-molle, compliquée de conjonctivite du côté gauche. Une irido-cyclite suit l'opération, puis survient une occlusion pupillaire : amélioration progressive. Six mois après, compte les doigts. Voit bien de l'autre œil et refuse une iridotomie . . . *Demi-succès.*
L'œil droit est opéré le même jour que le premier : un peu d'iritis à la suite. Guérison parfaite . . . . . *Succès.*

13 et 14. — Homme de 49 ans, terrassier, atteint d'une cataracte presque molle du côté droit. Pendant la nuit froide qui suit l'opération, le malade reste avec une fenêtre ouverte près de son lit. Irido-cyclite ; occlusion pupillaire. Iridotomie 8 mois après ; résultat excellent. . . . . *Succès.*
L'œil gauche qui présente une cataracte demi-molle est opéré le même jour. Iritis légère qui cède rapidement . . . . . *Succès.*

15. — Homme de 42 ans, verrier ; atteint de cataracte presque molle du côté gauche. Débris corticaux qui se résorbent promptement ; un peu de réaction. . . . . *Succès.*

16. — Homme de 62 ans, employé ; atteint de cataracte demi-molle du côté gauche. Débris corticaux, résorption lente. Catarrhe conjonctival. . . . . *Succès.*

17. — Homme, âgé de 72 ans, charretier ; présente du côté droit une cataracte dure et volumineuse. Extraction laborieuse ; un peu de corps vitré à la fin de l'opération . . . . . *Succès.*

18. — Femme de 63 ans, cultivatrice ; atteinte de cataracte demi-molle du côté droit, compliquée de conjonctivite lacrymale. Cicatrice déprimée ; sclérose du sommet du lambeau . . . . . *Succès.*

19 et 20. — Homme de 71 ans, cultivateur. A droite : cataracte dure volumineuse. Extraction difficile; un peu de corps vitré s'échappe avec le cristallin. Rien de particulier à la suite. . . . . *Succès.*
A gauche : cataracte demi-dure, opérée quelques jours après. Léger catarrhe conjonctival. . . . . *Succès.*

21 et 22. — Femme de 70 ans, cultivatrice. A gauche : cataracte demi-molle. Section de l'iris par le couteau; on régularise l'iridectomie. . . . . *Succès.*
A droite : cataracte demi-molle opérée un peu plus tard. Rien de particulier. . . . . *Succès.*

23. — Homme de 26 ans, employé. A droite : cataracte presque molle; subluxation. Prolapsus du corps vitré ; tentative d'extraction au crochet; la cataracte se morcelle et doit être extraite avec une curette. Débris corticaux; guérit bien.. . . . . *Succès.*

24. — Homme de 72 ans, tailleur de pierre. A gauche : cataracte dure avec kératite ancienne. Un peu de corps vitré; pas d'accidents ultérieurs. . . . . *Succès.*

25. — Homme de 76 ans, ancien verrier. A gauche : cataracte ponctuée. Prolapsus du corps vitré après la section du lambeau; extraction au crochet. Iridectomie impossible. Irido-cyclite, légère cicatrice cystoïde très peu saillante . . . . . *Succès.*

26. — Homme de 55 ans, maçon. A droite : cataracte demi-molle; ptérygion opéré depuis quelques jours. Un peu de catarrhe. *Succès.*

27 et 28. — Homme de 40 ans, cultivateur; a été atteint de diabète sucré pendant longtemps, et est aujourd'hui diabétique phosphatique. A droite : cataracte presque molle. Quelques débris corticaux, rapidement résorbés. Conjonctivite légère. . . . . *Succès.*
A gauche : cataracte presque molle, opérée quelques jours plus tard. Excellent résultat, malgré l'état général. . . . . *Succès.*

29. — Homme de 74 ans, menuisier. A gauche : cataracte demi-dure. Pas d'accidents. . . . . *Succès.*

30. — Femme de 59 ans, marchande. A gauche : cataracte demi-dure. Blépharo-conjonctivite lacrymale chronique. On hésite à pratiquer l'extraction. Opération régulière. Panophthalmite; phlegmon rétro-bulbaire; atrophie de l'œil. . . . . *Succès.*

31 et 32. — Femme de 74 ans, cultivatrice. A gauche : cataracte demi-dure ; diathèse rhumatismale. Guérison retardée par une attaque de rhumatisme . . . . . *Succès.*
A droite : cataracte demi-dure, opérée six semaines après l'autre. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

33 et 34. — Femme de ménage ; 70 ans ; présentant un état cachectique évident ; accès d'asthme très violents ; conjonctivite lacrymale chronique. A droite : cataracte demi-molle. Extraction régulière ; Iritis subaiguë, kérato-conjonctivite. Guérison lente, toile pupillaire. . . . . *Demi-succès.*
A gauche : cataracte demi-molle, opérée un mois après l'autre. L'iris se porte sur le couteau ; irido-cyclite subaiguë suivie d'occlusion pupillaire. Quelques mois après, iridectomie ; bon résultat. *Succès.*

35. — Homme de 74 ans, cultivateur. A gauche : cataracte demi-dure ; blépharo-conjonctivite lacrymale, ectropion. Débris corticaux ; résorption lente. . . . . *Succès.*

36. — Femme de ménage, âgée de 62 ans. A gauche : cataracte glaucomateuse, ne compte plus les doigts. Iridectomie, puis quinze jours après, extraction du cristallin. La vision n'est pas améliorée, mais la cicatrisation se fait rapidement. . . . . *Succès opératoire.*
Cette malade est atteinte d'un glaucome chronique absolu du côté droit.

37 et 38. — Homme de 68 ans, charpentier. A droite : cataracte demi-molle. Un lambeau d'iris détaché doit être extrait avec les pinces. Sang dans la chambre antérieure. Débris corticaux ; résorption lente. . . . . *Succès.*
A gauche : cataracte demi-molle, opérée quelques jours après. Projection brusque du cristallin ; guérit bien. . . . . *Succès.*

39 et 40. — Homme de 56 ans, cultivateur. A droite : cataracte demi-dure, volumineuse. Extraction laborieuse, perte d'une quantité notable de corps vitré ; l'œil s'affaisse, nettoyage de la chambre antérieure impossible, guérit bien . . . . . *Succès.*
A gauche ; cataracte demi-dure, opérée le même jour ; rien de particulier. . . . . *Succès.*

41. — Cantonnier de 80 ans. A droite : cataracte demi-dure ; iritis chronique ; synéchies postérieures annulaires. Guérison rapide. *Succès.*

42. — Homme de 62 ans, cultivateur. A gauche : cataracte demi-molle. Le couteau détache un lambeau d'iris ; sang dans la chambre antérieure, se résorbe. . . . . *Succès.*

43. — Homme de 73 ans, cultivateur. A gauche : cataracte demi-molle. Débris corticaux ; résorption lente, incomplète à la sortie de l'hôpital . . . . . *Demi-succès.*

44. — Homme de 63 ans, chiffonnier, a perdu l'œil droit à la suite d'une extraction, pratiquée en ville il y a cinq mois. A gauche : cataracte demi-molle. Opération régulière ; pas d'accidents consécutifs . . . . . *Succès.*

45. — Femme de 59 ans, marchande à la halle. A droite : cataracte capsulo-lenticulaire. La cristalloïde doit être extraite morceau par morceau avec des pinces ; prolapsus du corps vitré ; irido-cyclite sub-aiguë ; occlusion pupillaire. Cinq mois après, discision avec deux aiguilles . . . . . *Succès.*

46 et 47. — Homme de 44 ans, cultivateur. A droite : cataracte presque molle. Après la kystitomie, le cristallin est chassé brusquement pendant qu'on enlève le blépharostat. Débris corticaux ; résorption lente, un peu de réaction. . . . . *Succès.*
A gauche : cataracte presque molle, opérée quelques jours après. Rien de particulier. . . . . *Succès.*

48 et 49. — Femme de 70 ans, blanchisseuse ; cachectique, atteinte de bronchite chronique, d'ulcères variqueux et de conjonctivite lacrymale chronique. Œil droit : cataracte demi-molle, strabisme externe depuis le développement de la cataracte. Rien de particulier. *Succès.*
A gauche : cataracte demi-molle, opérée quelques jours après l'autre. Le strabisme disparaît. Guérison rapide. . . . . *Succès.*

50. — Homme de 30 ans, jardinier. Œil gauche : cataracte adhérente (éclat de fonte). Extraction dans la capsule avec des pinces. . . . . *Succès.*

51 et 52. — Homme de 52 ans, cultivateur. Œil droit : cataracte demi-molle. Opération régulière ; pas d'accidents. . . . . *Succès.*
Œil gauche : cataracte demi-molle, opérée le même jour. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

53. — Homme de 52 ans, maçon. A gauche : cataracte demi-dure. Projection subite du cristallin, après la section du lambeau. Prolapsus du corps vitré ; iridectomie impossible. L'œil reprend son volume ; toile pupillaire ; vision passable . . . . . *Demi-succès.*

54. — Enfant, âgé de 3 ans. A gauche : cataracte congénitale complète, opérée trois fois par discision, sans succès. Extraction après chloroformisation ; prolapsus du corps vitré ; débris corticaux. Sclérose de la cornée au voisinage de la cicatrice. . . . . *Succès.*

55 et 56. — Femme, âgée de 61 ans. A gauche : cataracte sénile ancienne, compliquée de strabisme. Opération régulière . . *Succès.* A droite : cataracte demi-molle. Perte d'un peu de corps vitré avant l'expulsion du cristallin ; guérit bien. . . . . *Succès.*

57. — Femme, âgée de 48 ans. A gauche : cataracte molle datant de 15 ans. Opération régulière ; quelques masses corticales adhèrent à la capsule ; guérit bien. . . . . *Succès.*

58. — Femme, âgée de 59 ans. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Rien de particulier. . . . . *Succès.*

59. — Femme, âgée de 70 ans. Œil droit : cataracte sénile demi-molle ; opération régulière. . . . . *Succès.*

60 et 61. — Homme, âgé de 69 ans. A gauche : cataracte demi-molle complète. La cristalloïde et une partie des masses corticales, doivent être extraites à l'aide des pinces capsulaires. Pas de perte de corps vitré ; guérit bien. . . . . *Succès.*
A droite : cataracte demi-molle. L'opération a lieu vingt jours après la première. . . . . *Succès.*

62. — Homme, âgé de 65 ans. Œil gauche : cataracte sénile complète. Opération régulière . . . . . *Succès.*

63. — Homme âgé de 72 ans. A gauche : cataracte sénile. Rien de particulier. . . . . *Succès.*

64 et 65. — Homme, de 66 ans. A gauche : cataracte demi-molle récente, à reflets azurés. Irido-cyclite consécutive à l'extraction ; phthisie du bulbe. . . . . *Insuccès.*
A droite : cataracte sénile demi-molle. Opération régulière, huit mois plus tard . . . . . *Succès.*

66. — Homme, âgé de 58 ans. A droite : cataracte demi-molle complète. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

67 et 68. — Homme, âgé de 62 ans. Œil droit : cataracte sénile. L'extraction est suivie de panophtalmite infectieuse, de capsulite et finalement d'atrophie de l'œil ; le malade se trouvait dans le voisinage d'une ophthalmie blennorrhagique . . . . . *Insuccès.*

L'œil gauche atteint aussi de cataracte sénile est opéré trois mois plus tard . . . . . *Succès.*

69 et 70. — Homme, âgé de 62 ans. Œil droit : cataracte sénile. Opération régulière . . . . . *Succès.*
Œil gauche : cataracte sénile, opérée quinze jours plus tard. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

71 et 72. — Homme, âgé de 53 ans. A gauche, cataracte sénile demi-molle. Rien de particulier . . . . . *Succès.*
A droite : cataracte sénile demi-molle azurée. Opération régulière, trois mois plus tard . . . . . *Succès.*

73. — Homme, âgé de 54 ans. Œil droit : cataracte sénile molle. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

74. — Jeune fille, âgée de 18 ans. Œil droit : cataracte régressive compliquée d'iritis chronique, avec synéchies annulaires complètes. Opération régulière . . . . . *Succès.*

75. — Homme, âgé de 52 ans. Œil droit : cataracte sénile. Après l'iridectomie, épanchement de sang dans la chambre antérieure ; discision au juger. Extraction difficile, peut-être incomplète, quant aux masses corticales ; en cherchant à extraire un lambeau de capsules, on déchire avec la pince, le bord périphérique de l'iris ; nouvel épanchement, néanmoins. . . . . *Succès.*

76. — Femme, âgée de 64 ans. Œil gauche : cataracte sénile. demi-molle. Après l'extraction, sang dans la chambre antérieure, qui se résorbe rapidement . . . . . *Succès.*

77. — Femme, âgée de 72 ans. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

78. — Homme, âgé de 63 ans. A droite : cataracte sénile presque dure. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

79. — Homme, âgé de 66 ans. A gauche : cataracte demi-dure. L'œil est très flasque. Extraction supérieure ; capsule opaque ; on est obligé de se servir des instruments de traction pour amener le cris tallin au dehors ; il en reste une petite partie dans la chambre antérieure. L'œil droit est devenu inutile par suite de glaucome chronique simple avec excavation prononcée de la papille. La perception lumineuse est bonne à gauche . . . . . *Succès.*

80. — Homme, âgé de 68 ans. A droite : cataracte demi-dure. Opération régulière . . . . . *Succès.*

81. — Homme, âgé de 66 ans. A droite : cataracte sénile. Extraction régulière . . . . . *Succès.*
Le malade a perdu l'œil gauche à la suite d'une opération pratiquée dans son pays.

82. — Femme, âgée de 60 ans ; cataracte sénile double. Extraction pratiquée à droite. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

83 et 84. — Homme, âgé de 54 ans. A droite : cataracte sénile demi-molle. Opération régulière. Rien de particulier. . . . *Succès.*
A gauche : cataracte demi-molle opérée sept jours plus tard. *Succès.*

85. — Jeune fille, âgée de 20 ans. A droite : cataracte syphilitique (accidents secondaires). Extraction régulière . . . . . *Succès.*
Cette malade avait déjà été opérée deux fois par discision, sans résultat.

86. — Homme, âgé de 68 ans. A gauche : cataracte sénile, demi-dure, compliquée d'iritis avec synéchies postérieures annulaires. Rien de particulier après l'extraction . . . . . *Succès.*

87. — Homme, âgé de 74 ans. Œil droit : cataracte sénile demi-dure. Après l'extraction se développe une irido-cyclite ; sclérose du sommet de la cornée. . . . . *Demi-succès.*

88 et 89. — Homme de 60 ans. A droite : cataracte sénile. Irido-cyclite et occlusion pupillaire incomplète à la suite de l'opération. Voit à se conduire. . . . . *Demi-succès.*
Œil gauche : cataracte sénile, opérée vingt jours plus tard. *Succès.*

90 et 91. — Homme, âgé de 60 ans. A droite : cataracte sénile demi-dure. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

A gauche : cataracte sénile ; opérée un mois plus tard. Opération régulière . . . . . *Succès.*

92. — Femme, âgée de 60 ans. A gauche : cataracte sénile demi-dure, très volumineuse. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

93. — Homme, âgé de 71 ans. A droite : cataracte capsulo-lenticulaire, demi-molle. Opération régulière . . . . . *Succès.*

94. — Homme, âgé de 67 ans. Œil droit : cataracte corticale à forme ponctuée. Extraction supérieure au crochet. Perte de corps vitré; masses corticales incomplètement résorbées. . . *Demi-succès.*

95 et 96. — Homme, âgé de 71 ans. A droite : cataracte corticale demi-molle. Extraction laborieuse ; obligation d'agrandir un des angles de la plaie . . . . . *Succès.*
A gauche : cataracte demi-molle opérée un an plus tard, sans complication . . . . . *Succès.*

97. — Homme, âgé de 63 ans. Œil gauche : cataracte corticale demi-molle. Extraction régulière. Huit jours plus tard survient un hypopyon qui est opéré par paracentèse . . . . . *Succès.*

98 et 99. — Homme, âgé de 53 ans. Œil gauche : cataracte demi-dure, ancienne. Extraction très régulière. . . . . *Succès.*
Œil droit: cataracte demi-dure. Opération régulière, douze jours plus tard. . . . . *Succès.*

100. — Homme, âgé de 65 ans. A droite : cataracte sénile demi-molle, compliquée de blépharo-conjonctivite chronique, avec ptérygion. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

101 et 102. — Homme, âgé de 67 ans. Œil droit : cataracte demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.*
A gauche : cataracte sénile demi-dure, opérée quinze jours plus tard. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

103. — Femme, âgée de 58 ans. A gauche : cataracte sénile, demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

104. — Femme, âgée de 74 ans. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction supérieure; perte de corps vitré. Au moment où le cristallin va être expulsé, la crémaillière du fauteuil à opérations

casse ; il en résulte une secousse violente qui chasse le cristallin, et un peu de corps vitré ; néanmoins . . . . . *Succès.*

105 et 106. — Femme, âgée de 58 ans. A droite : cataracte liquide bien que récente. Extraction supérieure régulière ; après la kystitomie, le cristallin s'échappe à l'état liquide. Un noyau très petit glisse derrière le bord supérieur de la plaie, et ne peut en être délogé ; néanmoins . . . . . *Succès.*
A gauche : cataracte demi-molle. Extraction supérieure pratiquée douze jours plus tard ; lambeau d'iris détaché par le couteau. *Succès.*

107. — Homme, âgé de 60 ans ; cataracte demi-molle à droite. Opération régulière. . . . . *Succès.*

108 et 109. — Jeune fille, âgée de 23 ans. A gauche : cataracte presque liquide. Extraction supérieure par section médiane, sans iridectomie . . . . . *Succès.*
A droite : cataracte demi-molle quasi-membraneuse et régressive, opérée dix jours plus tard ; un lambeau d'iris est détaché par le couteau. Guérit bien. . . . . *Succès.*

110. — Femme, âgée de 60 ans. Œil gauche : cataracte légèrement glaucomateuse, avec synéchies annulaires. Extraction à la curette ; pas de perte de corps vitré. . . . . *Succès.*

111 et 112. — Femme, âgée de 69 ans. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction supérieure ; section de l'iris par le couteau ; issue du corps vitré. . . . . *Succès.*
A droite : cataracte sénile demi-molle, opérée quinze jours plus tard. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

113 et 114. — Femme, âgée de 58 ans. A gauche : cataracte sénile demi-dure. Extraction régulière . . . . . *Succès.*
A droite : cataracte sénile demi-molle, opérée quinze jours plus tard. Section de l'iris par le couteau. . . . . *Succès.*

115. — Femme, âgée de 60 ans. A droite : cataracte sénile, compliquée de conjonctivite angulaire. Extraction rendue difficile par un profond enfoncement de l'œil dans l'orbite. Débris corticaux abondants soudés à la capsule ; guérison assez rapide. . . . . *Succès.*

116 et 117. — Femme, âgée de 60 ans. Œil gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

Œil droit: cataracte sénile demi-dure. Opération régulière, cinq jours plus tard . . . . . *Succès.*

118.— Homme, âgé de 65 ans. A droite : cataracte sénile. Extraction régulière. Kératite suppurative. . . . . *Insuccès.*

119. — Femme de 59 ans, aubergiste. A droite : cataracte sénile. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

120. — Homme, âgé de 63 ans. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Perte abondante de corps vitré, qui suit l'expulsion du cristallin ; occlusion pupillaire incomplète . . . . . *Demi-succès.*

121. — Homme de 62 ans, menuisier. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

122 et 123. — Homme de 56 ans, propriétaire. A gauche : cataracte demi-molle. Extraction supérieure ; plaie trop étroite qu'on doit élargir . . . . . *Succès.*
A droite : cataracte demi-molle, opérée sept mois plus tard. *Succès.*

124. — Homme, âgé de 48 ans, cultivateur. A droite : cataracte demi-molle. Opération régulière. . . . . *Succès.*

125. — Femme, âgée de 53 ans. A droite : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

126. — Homme, âgé de 67 ans, maçon. A gauche, cataracte sénile demi-molle. — Extraction régulière . . . . . *Succès.*

127 et 128. — Homme, âgé de 71 ans, retraité ; à droite : cataracte demi-molle. Opération régulière. . . . . *Succès.*
A gauche : cataracte dure, opérée un mois et demi plus tard. *Succès.*

129 et 130. — Femme, âgée de 51 ans, cultivatrice. Œil droit : cataracte demi-molle. Extraction régulière . . . . . *Succès.*
Côté gauche : cataracte demi-molle, opérée vingt jours plus tard. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

131. — Femme, âgée de 73 ans, journalière. A droite : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

132 et 133.— Homme, âgé de 64 ans, vacher. Œil droit : cataracte sénile demi-molle. Opération régulière . . . . . *Succès.*
Œil gauche : cataracte sénile, opérée un mois plus tard ; perte assez abondante de corps vitré. Guérison rapide . . . . . *Succès.*

134. — Femme, âgée de 69 ans, sans profession. A gauche : cataracte dure. Extraction supérieure. Luxation du cristallin ; perte du corps vitré ; la malade y voit pour se conduire . . . . *Demi-succès.*

135. — Homme, âgé de 58 ans, journalier. A droite : cataracte calcaire. Extraction supérieure ; perte de corps vitré. . . . *Succès.*

136. — Homme, âgé de 30 ans, domestique. A droite : cataracte molle. Extraction supérieure, kératite suppurative néanmoins *Succès.*

137. — Femme, âgée de 64 ans, couturière. A droite : cataracte sénile demi-molle. Rien de particulier . . . . . *Succès.*

138. — Homme, âgé de 60 ans, marchand. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Rien de particulier. . . . . *Succès.*

139. — Femme, âgée de 74 ans, sans profession. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière ; irido-cyclite consécutive. . . . . *Demi-succès.*

140 et 141. — Femme, âgée de 55 ans, savonneuse. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.* A droite : cataracte sénile demi-dure, opérée vingt jours plus tard. . . . . *Succès.*

142. — Homme, âgé de 52 ans, sans profession. A gauche : cataracte sénile demi-dure. Extraction au crochet. . . . . *Succès.*

143. — Homme, âgé de 58 ans, charretier. A gauche : cataracte sénile demi-dure. Extraction au crochet . . . . . *Succès.*

144. — Homme, âgé de 65 ans, sans profession. A gauche : cataracte ponctuée avec iritis chronique. Ectropion lacrymal. Extraction supérieure après une tentative infructueuse d'opération par abaissement . . . . . *Succès.*

145. — Homme, âgé de 49 ans, forgeron. A gauche : cataracte traumatique. Extraction supérieure . . . . . *Succès.*

146. — Homme, âgé de 70 ans, retraité. A gauche : cataracte sénile ancienne. Extraction supérieure. Perte d'un tiers environ du corps vitré, à la suite d'efforts du malade ; irido-cyclite à la suite de l'opération. Le malade a demandé à sortir et n'est plus revenu à la suite. . . . . *Résultat inconnu.*

147. — Homme, âgé de 50 ans, retraité. Œil droit : cataracte sénile complète. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

148. — Homme, âgé de 30 ans, propriétaire. A droite : cataracte traumatique. Extraction partielle sans iridectomie, le surplus se résorbe . . . . . *Succès.*

149. — Homme, âgé de 63 ans, marin. A gauche : cataracte sénile, avec larmoiement chronique, très prononcé, et catarrhe du sac. Extraction supérieure ; le troisième jour suppuration de la cornée ; chémosis volumineux néanmoins. . . . . *Succès.*

150. — Homme, âgé de 77 ans, entrepreneur. A gauche : cataracte sénile complète. Extraction du noyau au crochet ; épanchement de sang dans la chambre antérieure. . . . . *Succès.*

151 et 152. — Homme, âgé de 73 ans, ancien professeur. A droite : cataracte sénile complète. Extraction supérieure ; iritis subaiguë, consécutive, guérison lente. . . . . *Succès.*
A gauche : cataracte sénile, opérée un an plus tard ; rien de particulier . . . . . *Succès.*

153. — Femme, âgée de 68 ans, domestique ; cataracte complète des deux côtés. Extraction régulière du côté droit ; conjonctivite lacrymale à la suite ; catarrhe prononcé ; suppuration de la cornée le 4^{e} jour ; perte de l'œil. . . . . *Insuccès.*

154. — Homme, âgé de 56 ans. A gauche : cataracte sénile, demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

155 et 156. — Homme, âgé de 67 ans, charpentier. A gauche : cataracte sénile demi-dure. Extraction régulière . . . . . *Succès.*
A droite : cataracte sénile, opérée huit jours plus tard ; perte abondante de corps vitré. . . . . *Succès.*

157. — Femme, âgée de 72 ans, sans profession. A gauche : cataracte sénile demi-molle, avec larmoiement chronique et catarrhe du sac. Extraction inférieure régulière . . . . . *Succès.*

158. — Homme, âgé de 61 ans, sans profession ; cataracte sénile dure complète à droite. Extraction inférieure régulière . . . *Succès.*

159. — Homme, âgé de 58 ans. A gauche : cataracte demi-molle. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

160. — Femme, âgée de 59 ans, couturière. A droite : cataracte sénile demi-molle. Extraction inférieure . . . . . *Succès.*

161 et 162. — Homme, âgé de 64 ans, propriétaire. A droite : cataracte sénile demi-molle. Extraction supérieure ; luxation en bas du cristallin ; perte de corps vitré ; irido-choroïdite . . . . *Insuccès.* A gauche : cataracte sénile demi-molle, opérée dix mois plus tard. Sans accidents . . . . . *Succès.*

163. — Homme, âgé de 50 ans, carrier. A gauche : cataracte traumatique, avec synéchies postérieures. Extraction inférieure. *Succès.*

164. — Femme, âgée de 58 ans, sans profession. A droite : cataracte sénile avec iritis et synéchies annulaires. Extraction inférieure ; perte de corps vitré . . . . . *Succès.*

165. — Femme, âgée de 86 ans, sans profession. A gauche : cataracte sénile molle. Extraction supérieure ; perte d'un peu de corps vitré. La malade n'y voit pas dans la suite . . . . . *Insuccès.*

166. — Homme, âgé de 64 ans, capitaine. A gauche : cataracte sénile demi-molle, avec larmoiement chronique. Extraction régulière. Guérit rapidement. . . . . *Succès.*

167. — Homme, âgé de 59 ans, charpentier. A droite : cataracte sénile demi-dure. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

168. — Homme, âgé de 49 ans, charretier. A gauche : cataracte demi-molle. Extraction supérieure ; contusion du globe sept jours après l'opération. Hypohœma à répétition ; cyclite suraigüe. Le malade y voit à se conduire . . . . . *Demi-succès.*

169. — Homme, âgé de 72 ans, forgeron. A gauche : cataracte dure adhérente, ramollissemeut du corps vitré ; la pupille se dilate incomplètement ; capsule opaque. Extraction supérieure ; introduction répétée d'une pince capsulaire ; cataracte capsulaire consécutive, traitée plus tard par discision . . . . . *Demi-succès.*

170. — Homme, âgé de 35 ans, maître de chai. A gauche : cataracte demi-molle. Extraction supérieure par petit lambeau médian. Guérit rapidement. . . . . *Succès.*

171. — Homme, âgé de 58 ans, journalier. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

172. — Homme, âgé de 34 ans. A droite : cataracte demi-molle. Extraction à la curette ; perte d'une quantité notable de corps vitré. Néanmoins . . . . . *Succès.*

173. — Homme, âgé de 21 ans, verrier; cataracte demi-molle à droite. Extraction régulière; rien de particulier . . . . . *Succès.*

174. — Homme, âgé de 66 ans, cultivateur. A droite : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

175. — Jeune fille, âgée de 20 ans, coiffeuse. A droite : cataracte traumatique, à moitié résorbée. Extraction régulière. . . . *Succès.*

176. — Homme, âgé de 59 ans, peintre. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

177. — Femme, âgée de 68 ans, cultivatrice. A droite : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

178.— Homme, âgé de 52 ans, sellier. A droite : cataracte nucléaire demi-molle. — Extraction régulière. . . . . *Succès.*

179. — Homme, âgé de 68 ans, sans profession. Œil droit : cataracte nucléaire dure. Rhumatisme articulaire chronique. Extraction régulière ; iritis consécutive, néanmoins. . . . . *Succès.*

180. — Femme, âgée de 73 ans, sans profession. Œil gauche : cataracte nucléaire demi-molle. Rhumatisme chronique ; insuffisance mitrale. Extraction régulière ; iritis subaigüe, synéchies ; se rétablit lentement. . . . . *Demi-succès.*

181. — Homme, âgé de 72 ans, sabotier. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

182. — Homme, âgé de 69 ans, cultivateur. A droite : cataracte sénile demi-molle ; rhumatisme chronique. Extraction régulière. Dès le lendemain, ophthalmie purulente, infiltration de la cornée, suppuration. . . . . *Insuccès.*

183. — Homme, âgé de 66 ans, marchand. A gauche : cataracte sénile complète ; bronchite chronique avec emphysème pulmonaire. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

184. — Homme, âgé de 57 ans, menuisier. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

185. — Homme, âgé de 70 ans, journalier. A gauche : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

186.— Homme, âgé de 48 ans, employé de commerce. A gauche : cataracte demi-molle. Extraction supérieure au crochet, sans perte de corps vitré, après luxation du cristallin en bas. Œdème des paupières, chémosis, iritis, finalement. . . . . *Succès.*

187. — Femme, âgée de 67 ans, blanchisseuse. A droite : cataracte sénile demi-molle. — Extraction supérieure avec perte de corps vitré. Néanmoins . . . . . *Succès.*

188. — Homme, âgé de 33 ans, marin. Œil droit : cataracte traumatique, avec iritis et synéchies antérieures. Extraction inférieure. . . . . *Demi-succès.*

189. — Homme, âgé de 58 ans, marin. A droite : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

190. — Femme, âgée de 67 ans, ménagère. A gauche : cataracte sénile dure. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

191. — Homme, âgé de 67 ans, chiffonnier. A droite : cataracte sénile dure. Extraction régulière. Le malade défait continuellement son bandage. Pas de réunion immédiate ; suppuration des lèvres de la plaie. Catarrhe ; délire alcoolique. Fonte de l'œil. . . . . *Insuccès.*

192. — Femme, âgée de 59 ans, cuisinière. A droite : cataracte demi-molle, compliquée d'iritis chronique avec synéchies annulaires complètes. Rhumatisme. Extraction inférieure ; extraction du noyau à la curette. Perte de corps vitré. . . . . *Succès.*

193. — Homme, âgé de 76 ans, sans profession. A droite : cataracte dure, avec luxation du cristallin. Extraction au crochet ; perte abondante de corps vitré ; hémorrhagie du corps vitré ; atrophie de l'œil. . . . . *Insuccès.*

194. — Homme, âgé de 63 ans, journalier. Œil droit : cataracte sénile demi-molle, avec larmoiement chronique. Extraction supérieure régulière. . . . . *Succès.*

195. — Homme, âgé de 70 ans, journalier. A droite : cataracte, dure. Extraction supérieure ; iritis, synéchies, néanmoins *Succès.*

196. — Femme, âgée de 66 ans, sans profession. A droite : cataracte sénile dure. Rhumatisme noueux. Extraction supérieure; abcès du sac lacrymal; érysipèle; fonte purulente de la cornée. Perte de l'œil . . . . . *Insuccès.*

197. — Homme, âgé de 59 ans, journalier. A gauche : cataracte demi-molle, strabisme interne avec nystagmus. Extraction supérieure régulière. . . . . *Succès.*

198. — Homme, âgé de 59 ans, cultivateur. A droite : cataracte sénile, demi-molle. Ce malade était albuminurique. — Extraction supérieure régulière. . . . . *Succès.*

199. — Homme, 68 ans, cultivateur. A gauche : cataracte qui remonte à l'âge de 30 ans. Extraction régulière. . . . . *Succès.*

200.— Homme, 60 ans, fondeur. Œil droit : cataracte sénile demi-molle. Extraction régulière . . . . . *Succès.*

REMARQUES

De tous les accidents immédiats, le prolapsus du corps vitré, est, sans contredit, le plus fréquent. C'est ainsi que nous le trouvons 26 fois sur 200 cas relatés ; sur ces 26 cas nous ne trouvons que trois demi-succès et un seul insuccès (1).

La blessure de l'iris avec épanchement de sang dans la chambre antérieure, est dans une proportion quatre fois moindre. C'est là d'ailleurs un accident sans importance.

Il a été nécessaire de pratiquer quatre fois l'extraction au crochet, et deux fois à l'aide de la curette.

Enfin deux fois, la plaie s'est trouvée trop étroite, et il a été nécessaire de l'agrandir pour terminer l'extraction. Le succès du reste a suivi ces opérations.

Une fois, le cristallin a été subitement projeté après la section du lambeau, et, malgré cela, le malade est sorti guéri.

Les accidents consécutifs ont été assez rares.

Quelques irido-cyclites ont déterminé cinq demi-succès et un insuccès.

Sept cas d'iritis avec un seul demi-succès.

Six fois un léger catarrhe conjonctival a suivi l'opération.

Deux panophthalmites, dont une infectieuse, déterminée par le voisinage d'un malade atteint d'ophthalmie blennorrhagique ont amené deux insuccès complets.

Quatre insuccès dus à une hémorrhagie du corps vitré, à

(1) Cet accident est devenu beaucoup plus rare, depuis que M. le professeur Badal taille un lambeau un peu moins périphérique qu'autrefois.

un abcès du sac lacrymal avec érysipèle, à une suppuration de la cornée et à une irido-choroïdite (1).

Une cataracte secondaire et une sclérose de la cicatrice.

Un hypohæma à répétition, compliqué de cyclite, a été déterminé par une contusion du globe oculaire, sept jours après l'opération.

Enfin, un cas de cicatrice cystoïde à la suite d'un léger enclavement de l'iris.

— Parmi les complications ayant eu plus ou moins d'influence sur les résultats de l'opération, l'iritis chronique, dans la plupart des cas d'origine rhumatismale, doit être mise au premier rang. Un insuccès doit être imputé à cette affection.

La conjonctivite chronique a été notée six fois et n'a amené qu'un insuccès.

La dacryo-cystite n'a déterminé qu'un insuccès.

Trois autre sopérés atteints de blépharo-conjonctivite lacrymale n'ont présenté aucun accident consécutif.

Le diabète et l'albuminurie, ayant compliqué deux fois la cataracte, n'ont eu aucune influence fâcheuse sur les résultats de l'opération.

Deux malades atteints de cataracte glaucomateuse ont été opérés l'un avec succès, l'autre sans succès au point de vue du rétablissement de la vision, bien que l'opération n'ait été suivie d'aucun accident.

Un insuccès doit être attribué à l'alcoolisme, chez un individu qui, en proie à un délire presque continuel, ne laissa pas en place ses pansements.

Enfin deux kérato-conjonctivites chroniques, un ptérygion, un ectropion, un ramollissement du corps vitré et l'asthme rencontré une fois, n'ont amené aucun insuccès.

---

(1) Il y avait à ce moment une petite épidémie d'érysipèle à l'hôpital St-André, et par mesure de prècaution, le service d'ophthalmologie a été évacué, et complètement désinfecté.

CONCLUSIONS

Nous voyons, par cette statistique, que sur 200 extractions de cataracte pratiquées à la clinique ophthalmologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux (Hôpital St-André), et dont un grand nombre se présentaient avec des complications de nature à faire hésiter l'operateur, il a été relevé 13 insuccès, c'est-à-dire 6 insuccès 1/2 p. %, et 14 demi-succès. Parmi les demi-succès, on a rangé les résultats opératoires permettant aux malades de se conduire seuls, et même de se livrer à certains travaux qui n'exigent pas une grande acuité visuelle. Pour une clinique d'hôpital, où les opérés sont en contact journalier avec des malades atteints d'ophthalmies infectieuses, ces résultats peuvent être considérés comme excellents. Ils suffisent à montrer que la chirurgie oculaire, contrairement à une opinion assez répandue, peut être pratiquée dans les grands hôpitaux, tels que l'hôpital St-André qui compte plus de 600 lits et dans lequel se trouvent la plupart des cliniques de la Faculté, avec les mêmes chances de succès que dans les instituts ophthalmiques les mieux tenus.

Néanmoins, il est permis de déplorer l'absence de salles d'isolement pour certaines formes d'ophthalmies éminemment contagieuses, telles que l'ophthalmie blennorrhagique,

les conjonctivites granuleuses, etc. On remarque en effet, que la majeure partie des insuccès relevés dans cette statistique sont, à n'en pas douter, le fait de la contagion.

Vu par le Professeur, Président de la thèse,

Bordeaux, le 1er décembre 1884.

Dr BADAL.

Approuvé :

Pour le Doyen,

L'Assesseur délégué,

J. PERRENS.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie,

H. OUVRÉ.

8638. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.